

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

ESTIGMA RELATIVO À DOENÇA MENTAL NOS ESTUDANTES DE MEDICINA
A LITERATURE REVIEW

Ana Paula Pereira da Cruz

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2016

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para obtenção do grau de Mestre em Medicina

ESTIGMA RELATIVO À DOENÇA MENTAL NOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Ana Paula Pereira da Cruz

Orientadora: Dra. Ana Sofia Pinto

Grau académico: Licenciatura em Medicina

Título profissional: Assistente Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto

Docente Convidada do ICBAS-UP

Co-orientadora: Professora Dra. Paula Pinto Freitas

Grau académico: Doutoramento em Medicina

Título Profissional: Psiquiatra da Infância e Adolescência

Professora Auxiliar do ICBAS-UP

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto.

Correspondência: anappcruz@gmail.com

Porto, 2016

Índice

Agradecimentos	3
Abstract.....	4
Introdução	5
Material e Métodos.....	9
Resultados e Discussão	10
Conhecimento, etiologia, estereótipos e crenças	10
Curabilidade, tratamento, pessimismo e perigosidade	12
Atitudes e afastamento social	15
Psiquiatria como escolha e carreira.....	19
Limitações do estudo.....	21
Conclusão e implicações em futuras.....	22
Referências	24

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação não representa só aquisição do grau de mestre em Medicina, é na verdade símbolo do culminar de um caminho longo, cheio de frutos, dos quais esta dissertação é talvez um dos últimos.

Assim sendo, não poderia deixar de agradecer à Dra. Ana Sofia e à Professora Dra. Paula Pinto Freitas que me orientaram neste processo final e acreditaram sempre na importância do debate deste tema com todas as suas implicações sociais e pedagógicas.

Às inúmeras pessoas que ao longo destes seis anos de curso me construíram enquanto estudante de medicina e futura médica. Muito mais do que conhecimento, ensinaram-me pelo exemplo, como modelo de atitudes de uma medicina mais humana, mais próxima das pessoas, mais focada no essencial.

A este ICBAS e Hospital de Santo António, um espaço muito mais que físico por ser tão cheio de vida.

E por fim, à minha família e amigos, porque não há palavras suficientes que demonstrem o quão grata sou.

A todos, obrigada, por tudo.

ABSTRACT

Introduction: Globally, people with mental illness frequently encounter prejudice and discrimination not only by public but also by health care professionals. This stigma has a huge impact not only in the diagnose, treatment and recovery from the mental illness but it can also compromise the quality of life and self-esteem of patients. The stigma of mental illness among medical students is also a prevalent concern that has far reaching negative consequences. The role of medical education and psychiatric training is controversial.

Aim: The aim of this research is to review the literature of medical students attitudes towards people with mental illness and the impact of a clinical posting in psychiatry. And to provide considerations and recommendations for future research.

Methods: Thirteen studies were included after the literature review through the online database Pubmed.

Results and discussion: The results indicate that medical students hold that stigmatized thoughts about people with mental illness. The impact of undergraduated psychiatry course was mixed with the evidence that increased knowledge does not always correspond to better attitudes and less stigma.

Conclusions: Psychiatric education has an important role in reducing the mental illness stigma but this positive impact is not always proved. There is an urgent need to a curricular review with specific educational initiatives to address stigma but also to evaluated the medical environment and involve the medical community in this effort to change.

Keywords: stigma, mental illness, medical students, medical education, psychiatry

INTRODUÇÃO

O uso pejorativo do termo *estigma*, refletindo uma marca de vergonha e degradação, acredita-se ter surgido nos finais do século XVI e início do século XVII. Antes dessa data, *estigma* era mais comumente utilizado para indicar uma tatuagem ou uma marca que podia ser usada como decorativa ou com propósito religioso, ou por razões utilitárias como uma marca colocada nos criminosos ou escravos para que pudessem ser identificados em caso de fuga e para marcar a sua posição social inferior. Apesar da evolução do termo, ações sociais negativas para com as pessoas com doença mental (PDM) têm sido ubíquas ao longo da história – uma situação que persistiu à mudança de conceitos acerca da doença mental (DM) – apesar do grande crescimento de teorias médicas e explicações biologicamente baseadas para a maioria das DM (1). Na verdade, estudos realizados nos últimos 20 anos com o âmbito de avaliar as atitudes em relação às PDM mostraram que não houve uma melhoria significativa das mesmas (2).

Noções contemporâneas do estigma estão baseadas em teorias sociológicas e psicológicas (3). Acredita-se que o estigma possa ser causado por uma combinação de três fatores: conhecimento (ignorância), atitudes (preconceito), comportamento (discriminação) (4). Estas três dimensões incluem ainda: o ‘estigma percetivo’, que se refere a uma crença do próprio de que os outros entendem um indivíduo como socialmente inaceitável (5), e ainda o ‘auto-estigma’, que se refere a uma percepção semelhante e internalizada do próprio indivíduo levando a receio de procurar ajuda ou de assumir a sua DM devido ao estigma (6). Outras dimensões também incluem ‘distância social’ que se refere a um desejo de não proximidade com PDM; ‘perigosidade’ que se refere à crença de que o outro é perigoso e ‘recuperação’ com base na perspectiva da PDM recuperar da sua doença (7, 8). Reações emocionais como perda de responsabilidade social, bem como, perda de empatia e compaixão para com as PDM também são consideradas dimensões do estigma (9).

De facto, para algumas PDM lidar com o estigma social pode ser mais difícil do que lidar com os sintomas da doença (10). Uma vez que estão entre os grupos mais estigmatizados, marginalizados e vulneráveis da sociedade, sofrem discriminação em muitas áreas da sua vida: na própria qualidade de vida, na sua capacidade produtiva, de ter uma vida plena e de criar uma família, bem como, nas relações sociais e pessoais (11). Para além disso, enfrentam dificuldades de empregabilidade competitiva, procura de casa e aumento da probabilidade de consumo de álcool e substâncias de abuso (12). O estigma continua mesmo quando a doença já está em remissão e o tratamento a ser bem-sucedido (13).

Anteriormente ao adoecer a maioria das pessoas está consciente dos estereótipos existentes em relação à DM, pelo que, aquando do diagnóstico este estigma pode afetar a pessoa de, pelo menos, duas maneiras (14). Primeiro, as pessoas podem restringir as suas relações sociais antecipando a rejeição, o que leva a isolamento, desemprego e baixos rendimentos, com diminuição da autoestima e autoeficácia (15). Por outro lado, as PDM podem considerar essas ideias estigmatizantes como relevantes e acreditar que eles próprios são menos dignos devido à sua doença, descrita dessa maneira por outros, definindo assim o já referido auto-estigma (16). Apesar destes efeitos prejudiciais estarem bem estabelecidos, poucos estudos foram ainda realizados com o âmbito de investigar a maneira como as PDM incorporam esta condição estigmatizante na sua personalidade (17). Aqueles que existem mostram que os doentes muitas vezes vivem a doença como se esta os autodesfinisse e que acreditam em crenças auto-estigmatizantes, como por exemplo que a depressão reflete uma fraqueza de carácter (18, 19).

Em termos de saúde, está bem estabelecido que PDM têm um maior risco de uma saúde mais deteriorada (20, 21). Com evidência de que as doenças ditas físicas são subdetetadas e subestimadas neste grupo (22). Principalmente por fenómenos em que os problemas físicos dos doentes são ofuscados e atribuídos ao seu diagnóstico psiquiátrico (23). Estudos recentes demonstram que as PDM perdem em média 8 a 17.5 anos de vida por maior mortalidade (24) e que o acesso e os cuidados de saúde prestados a estes doentes são de pior qualidade, nomeadamente nas intervenções *life saving* (23). Em relação por exemplo à esquizofrenia esta está associada a uma diminuição da esperança média de vida de cerca de 12-15 anos (25).

As DM distribuem-se por todo o mundo. Sabe-se ainda que cerca de 10% dos adultos serão afetados por uma DM em algum momento da sua vida (26) e que é a 4ª das cinco principais causas de incapacidade em termos de doença *major* (27). Apesar desta presença global, atitudes negativas são consistentemente reportadas como prevalentes em diferentes secções da sociedade (28): maioritariamente na comunidade mas também no local de trabalho e nos serviços de prestação de cuidados de saúde (29).

Atitudes negativas podem ser particularmente danosas quando patentes nos profissionais de saúde, as pessoas a quem os doentes se dirigem procurando ajuda (5, 30), com consequências na prestação de cuidados de saúde de qualidade (31), auto-estima e própria qualidade de vida dos doentes (32). Nomeadamente, na redução da procura de tratamento, diminuição do uso dos serviços de saúde e menor cumprimento da prescrição médica levando a uma exacerbação da clínica (33). Para além de todos estes efeitos, este estigma

é perpetuado pelas futuras gerações de médicos que assimilam estes estereótipos através da cultura médica (34, 35). Por exemplo, características sociais como imprevisibilidade, dificuldades de comunicação e violência ocasional são muitas vezes criadas nesta relação entre o doente com esquizofrenia, os profissionais de saúde e estudantes de medicina (36).

Sabendo que este estigma existe difundido em diferentes secções da sociedade (28) não é surpreendente que os estudantes de medicina sejam portadores deste preconceito aquando da entrada na comunidade médica (37). No entanto, a permanência inalterada destas atitudes durante todo o curso de medicina pode provar a existência de lapsos na sua educação (38).

Os estudantes de medicina são um grupo-alvo particularmente importante no que diz respeito a atitudes em relação às PDM. Como ainda se encontram em formação, as suas atitudes tendem a ser mais moldáveis do que ao longo do seu restante percurso (35, 39). Enquanto futuros médicos, influenciarão a cultura médica e a sua resposta, ou ausência dela, a comportamentos e atitudes estigmatizantes (34). Para além disso, terão o papel de ensinar e guiar futuros estudantes, bem como, outros profissionais de saúde e a comunidade em geral através do seu exemplo, atitudes e comportamentos em relação às PDM (40).

Em geral, as atitudes em relação à DM podem ser mediadas por vários fatores como variáveis demográficas, fatores socioculturais e familiaridade com a DM (41, 42). Especificamente, fatores como métodos de ensino, ambiente escolar, *role models* e prestação de cuidados diretamente com o doente podem influenciar as atitudes dos estudantes de medicina (43).

A educação ao longo do curso de medicina tem um papel crucial no desenvolvimento de atitudes positivas nos estudantes de medicina (44). No entanto, nomeadamente em relação à unidade curricular de psiquiatria, o seu impacto no estigma da DM é controverso, podendo ter tanto de positivo como de negativo (45, 46). Alguns estudos mostram que os estudantes tendem a compreender a área da psiquiatria como pouco científica, imprecisa e ineficaz (47). Consequentemente, a sua compreensão das DM pode ser distorcida, levando a falhas na identificação, instituição de tratamento e na eventual referência das mesmas (48). Para além disso, pode ainda conduzir a uma falha na educação dos próprios doentes, nomeadamente em relação à natureza da DM, o seu curso normal, prognóstico e opções de tratamento disponíveis, falhando assim num importante papel na sociedade de consciencialização e de desestigmatização das DM (38).

Esta revisão tem, portanto, como objetivo compilar os resultados das principais investigações feitas nos últimos anos no âmbito da avaliação do estigma (nos seus diferentes componentes de conhecimentos, atitudes e comportamentos) em relação à DM nos estudantes de medicina. Bem como, compreender o impacto de unidades curriculares na área da psiquiatria como meio de formação e diminuição deste estigma.

MATERIAL E MÉTODOS

Os artigos publicados acerca do tema estigma da DM e os estudantes de medicina, bem como, o impacto das unidades curriculares na área da psiquiatria aquando da formação dos mesmo foram pesquisados através da base de dados eletrónica *PubMed*. Os termos utilizados foram “Mental illness”, “Mental disorders”, “Psychiatric illness”, “Psychiatric disorders”; “Stigma”, “Attitudes”, “Prejudice”; “Medical students”; “Clerkship”, “Psychiatry”, “Medical education”. Dos artigos sugeridos foram extraídos os *abstracts* e identificados aqueles de relevo. Destes foram ainda revistas as referências de modo a encontrar outros artigos de relevo que não foram encontrados na busca inicial.

Os critérios de inclusão foram primeiro, o alvo de estigma ser a doença mental e/ou as pessoas com doença mental, sendo que variantes específicas dentro deste grupo de doenças foram pontualmente incluídas (o estigma especificamente relativo à esquizofrenia ou depressão); segundo, a população em estudo serem os estudantes de medicina ainda em formação, excluindo estudantes de outras áreas de formação e internos / médicos pós-graduados; terceiro, o artigo incluir uma medida objetiva de comparação, direta ou indireta, entre os níveis de estigma da DM antes e após a exposição a unidades na área curricular da psiquiatria, excluindo estudos que avaliavam o impacto de intervenções pontuais específicas mas não incluídas nas unidades curriculares de formação pré-graduado dos estudantes; quarto, publicações a partir do ano 2000, inclusive.

Assim sendo, 13 artigos finais foram incluídos nesta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecimento, etiologia, estereótipos e crenças

Aruna et al (2016) (38), num estudo realizado na Índia, recolheram informações acerca da percepção, conhecimento e atitudes de 404 estudantes de medicina em relação às DM e às PDM. 70,5% dos estudantes já teriam sido expostos a unidades curriculares da área de psiquiatria. Destes, mais de um terço (34,65%) afirmou que níveis mais elevados de educação e inteligência correspondiam a um risco aumentado de desenvolver DM e cerca de 45,1% acreditava que as mulheres e, 51,2% que as crianças, eram menos propensas à DM. Efeitos causadores de *stress* como dificuldade em relações interpessoais, trauma de infância e aumento de tensões na vida quotidiana foram respostas maioritariamente assinaladas por estudantes do primeiro ano. Relativamente à etiologia da DM a maioria referiu as causas genéticas (59,9%) e defeitos no equilíbrio de neurotransmissores (60,6%). Ainda assim, 47,1% dos estudantes acreditava em causas como “castigo divino por pecados passados” como sendo possíveis.

Os autores comprovaram que a maioria das respostas corretas (57,53%) foram dadas pelos estudantes do último ano, o que sugere que a exposição a unidades na área da psiquiatria potencia a aquisição de conhecimentos, no entanto, lapsos continuam a existir e devem ser avaliados com precaução.

Economou et al (2012) (49), num estudo realizado na Grécia, questionaram 155 estudantes do 6º ano, antes e após as 4 semanas de rotação na unidade de psiquiatria, acerca das suas crenças, atitudes e critérios de afastamento social em relação às pessoas com esquizofrenia. Os resultados pré-modulo mostraram-se contraditórios sendo que, por um lado a maioria discordou de que estas são preguiçosas e irresponsáveis (84%), com baixos níveis de inteligência (89%), e afirmaram corretamente que a esquizofrenia não é nem contagiosa (87,7%) nem resultado de má parentalidade (81,2%). Por outro lado, alguns comportamentos estereotipados foram atribuídos a estas PDM como o facto de serem imprevisíveis (83,8%), sofrerem de transtornos de personalidade (60,0%) e poderem ser vistas comumente a falar sozinhas em sítios públicos (85,2%). O efeito da exposição à unidade curricular também não se mostrou menos contraditório. Por um lado, algumas crenças foram melhoradas como o facto de que as pessoas com esquizofrenia sofrerem de transtornos de personalidade (de 60% para 42,9%, $p < 0.001$) ou que são imprevisíveis (de 83,8 para 79,2%, $p < 0.001$), continuando estas percentagens ainda a ser muito elevadas e preocupantes. Por outro lado o estigma pareceu intensificar-se, com mais estudantes a discordar que as pessoas com esquizofrenia podem ser empregues em trabalhos normais

(de 51,6 para 46,5%, $p < 0.001$), e com mais estudantes a afirmar que as estas não têm crítica da sua condição (de 37,4 para 69,1% $p < 0.001$) nem que podem tomar decisões razoáveis acerca da sua vida (de 46,5 para 63,9%, $p < 0.005$). A exposição à área da psiquiatria também não diminui o estereótipo de que as pessoas com esquizofrenia são um incómodo público (de 43,9 para 48,4%, $p < 0.08$) e podem ser vistas a falar sozinhas na rua (85,2% em ambos os momentos).

Ay et al (2006) (50), num estudo realizado na Turquia, envolvendo 452 estudantes das três escolas públicas de medicina em Istambul, tinham como objetivo comparar os conhecimentos e atitudes em relação à esquizofrenia e depressão dos estudantes do segundo e último ano. Assim sendo, verificaram que mais estudantes conseguiram reconhecer corretamente o diagnóstico da doença no sexto ano, com um aumento de 17,8 para 86,5% em relação à depressão e 11,7 para 86,0% para a esquizofrenia, ambas diferenças significativas ($p < 0.001$). Comprovando assim a capacidade educacional na aquisição de conhecimento das unidades curriculares.

Num estudo realizado por A. Mas e A. Hatim (2002) (51), na Malásia, 108 estudantes de medicina do primeiro ano e 85 do último foram questionados acerca dos seus conhecimentos sobre a DM e medidos os níveis de afastamento social e perigosidade atribuída às PDM. Comparando as percentagens de respostas corretas verificou-se um aumento com a exposição às unidades curriculares de psiquiatria. De facto, quando foi pedido que identificassem os diagnósticos mais comuns de DM as percentagens foram sempre superiores nos estudantes do último ano, sendo que a maior discrepância se verificou no caso da fobia (1º ano: 47,9%, último ano: 95%), depressão (62.0 vs 98.8%) e esquizofrenia (70.2 vs 100%). No caso dos fatores predisponentes verificou-se igual tendência sendo que os fatores de maior discrepância de respostas corretas foram a personalidade (57 vs 97.6%) e fatores genéticos (72.9 vs 98.8%). Por fim, o último tópico a ser avaliado relativo ao conhecimento dos estudantes foram os sinais e sintomas da DM, onde se verificou igual propensão, sendo que os resultados mais díspares foram encontrados para os itens de aparência descuidada (25.7 vs 85.7%), falta de concentração (47.6 vs 92.9%) e distúrbios de sono (54,8 vs 97.6%). Sendo que para todos os exemplos descritos a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

Curabilidade, tratamento, pessimismo e perigosidade

Aruna et al (2016) (38) no seu estudo realizado na Índia, mostrou resultados contraditórios na opinião dos estudantes de medicina relativa aos parâmetros de tratamento e curabilidade das PDM. Se por um lado, a maioria (73%) dos estudantes referiu acreditar que a DM é curável, por outro, cerca de 49,7% afirmou que as PDM mesmo se recuperassem não seriam consideradas para empregos produtivos por terceiros.

Lyons e Janca (2015) (52) analisaram os questionários de 151 estudantes do último ano de medicina da Universidade de Western na Austrália, relativos às atitudes dos mesmos em relação à psiquiatria (Balon Attitudes Towards Psychiatry questionnaire) e à DM (Mental Illness Clinicians Attitudes Scale, MICA). Estes foram respondidos antes e após as 8 semanas de rotação na unidade curricular de psiquiatria e os seus valores foram comparados. Relativamente às perspetivas de curabilidade e perigosidade das PDM, as afirmações “pessoas com DM severa podem nunca recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida” e “o público não precisa de ser protegido das pessoas com DM severa” tiveram uma evolução negativa após a rotação (de 91 para 79,5%, $p=0.001$ e de 74 para 68%, $p=0.04$, respetivamente). Isto pode refletir uma exposição dos estudantes a PDM com sintomas mais severos nos serviços de atendimento de urgência, onde a possibilidade de recuperação não está tão visível ou não é acompanhada durante a duração da rotação.

Amini et al (2013) (53) num estudo realizado no Irão envolvendo 168 estudantes do 5º ano no final da sua rotação de psiquiatria, utilizaram o questionário ATMI (Attitudes Toward Mental Illness) e comparam os resultados dos estudantes com um score neutro correspondente a um nível de ausência de estigma. Resultados otimistas foram encontrados nas categorias de tratamento da DM e perigosidade das PDM. Cerca de 80% dos estudantes concordaram que as PDM são tratáveis e que os fármacos são efetivos no seu tratamento. A maioria dos estudantes discordou que todas as PDM devem ser tratadas nos hospitais, sugerindo uma abertura de mentalidade à possibilidade de serviços prestados em comunidade, um grande objetivo do tratamento das PDM. Para além disso, menos do 5% dos estudantes considerou as PDM como perigosas.

O'Connor et al (2013) (54) realizaram na Irlanda um estudo cuja finalidade tinha como objetivo comparar as atitudes em relação à DM dos estudantes de medicina em fase pré-clínica e clínica de formação, bem como, avaliar a efetividade de dois módulos de ensino. No terceiro ano o módulo aplicado corresponde a uma unidade curricular conjunta composta por módulos de psiquiatria, pediatria e obstetrícia, com duração de 9 semanas; no 6º ano a unidade curricular de psiquiatria inclui seis semanas de experiência clínica e hospitalar. Assim sendo, este estudo envolveu cerca de 140 estudantes do 3º ano e 145 do último ano. Estes foram

submetidos ao questionário CAMI no início e final das rotações nas unidades curriculares na área da psiquiatria. Relativamente aos resultados, na categoria específica de ideologia comunitária de saúde mental, tanto os estudantes do 3º ano como do último ano mostraram um aumento de percentagem (de 66 para 90% e de 77 para 93% respetivamente, $p<0.001$) de concordância com a afirmação “a melhor terapia para muitos pacientes é fazer parte de uma comunidade normal”. No entanto, apenas os estudantes do último ano mostraram uma mudança positiva nas questões de perigosidade (“localizar serviços de saúde mental em áreas residenciais não torna essas zonas perigosas para os residentes”, de 64 para 79%, $p<0.01$) e de investimento no tratamento (“mais dinheiro deve ser investido no cuidado e tratamento de PDM”, de 58 para 72%, $p<0.01$).

Economou et al (2012) (49), no seu estudo realizado na Grécia, mostrou que a exposição à unidade curricular de psiquiatria no último ano do curso conduziu a uma visão mais pessimista da capacidade de curabilidade das pessoas com esquizofrenia, com mais estudantes a afirmar que estas ficam piores com o passar do tempo (de 40.3 para 58.4%, $p<0.001$) e que não podem recuperar (de 40 para 56.8%, $p<0.01$). Para além disso, mais estudantes concordaram com a afirmação de que as pessoas com esquizofrenia são perigosas para a população devido ao seu comportamento violento (de 27,1 para 56.8%, $p<0.01$). Os autores justificam estes valores com o facto da esquizofrenia em fase aguda criar um aumento dos níveis de estigma, sendo que esta visão hospitalar da doença não sugere uma visão comunitária e otimista da sua recuperação.

Ay et al (2006) (50), no seu estudo realizado na Turquia, que mostrou resultados otimistas na melhoria da capacidade de diagnóstico e das atitudes em geral dos estudantes após exposição às unidades curriculares de psiquiatria, não mostrou resultados tão positivos relativamente no parâmetro da curabilidade e perigosidade. Assim sendo, verificou-se, no caso específico da esquizofrenia, que mais estudantes do último ano consideraram estes doentes perigosos, numa percentagem de 38,7%, sendo esta comparativamente maior do que aquela obtida nos estudantes do segundo ano, que rondava os 25,7% ($p=0.01$). Acrescendo que cerca de 31,8% dos estudantes do 6º ano discordou de que se tratasse de uma situação curável, um valor significativamente maior ($p<0.001$) do que aquele obtido nos estudantes do 2º ano, de 11,7%. Sendo estes dados demonstrativos da necessidade de rever não só o currículo mas também o ambiente social médico envolvente.

Reddy et al (2005) (55) desenvolveram um estudo na Malásia no qual 122 estudantes do quarto ano de medicina foram envolvidos numa investigação acerca do impacto da exposição à unidade curricular de psiquiatria nas atitudes em relação à doença mental e à psiquiatria. Tendo-se verificado um impacto em geral positivo, mas unicamente na

população feminina, com aumento do ATMI após rotação (diferença de 2.54 pontos, $p<0.001$). Nos parâmetros do tratamento e gestão da DM este resultado foi contraditório. Por um lado, uma maior percentagem de estudantes mostrou-se menos inclinada para pensar que a violência pode resultar da DM (de 45,9 para 32,8%, $p<0.01$), que os fármacos psiquiátricos causam mais danos do que melhorias (de 7,3 para 3,3%, $p<0.01$) e que a electroconvulsivoterapia (ECT) devia ser banida (66,4 para 90,2% discordaram da afirmação, $p<0.001$). Os estudantes mostraram-se ainda menos propensos a considerar os hospitais psiquiátricos semelhantes a prisões (de 18.0 para 13.2%, $p=0.02$) e mais concordaram que o tratamento se tornou mais efetivo nos últimos anos (de 74.4 para 87.6%, $p<0.01$). No entanto, após a exposição à unidade de psiquiatria mais estudantes concordaram que nunca devem ser permitidas profissões de responsabilidade àqueles com história de DM (de 10,6 para 14,7%, $p=0.02$) e que cuidados prestados na comunidade às PDM coloca a sociedade em risco (de 4,9 para 14,8%, $p=0.01$), mostrando que estes estudantes não tiveram o devido contacto com os cuidados comunitários prestados em situações de DM e sua capacidade de reabilitação.

Num estudo realizado no Japão, Mino et al (2000) (44) acompanharam 100 estudantes de medicina do seu 1º ao último ano com o objetivo de avaliar a influência da educação médica nas atitudes destes em relação às PDM. Em relação ao tratamento destes doentes, mais estudantes do último ano discordaram que os hospitais psiquiátricos devem ser afastados de áreas residenciais (de 60.9 para 83.1%, $p=0.002$), que os hospitais psiquiátricos são necessários para evitar que as PDM cometam atos violentos (de 49.3 para 67.5%, $p=0.023$) e uma maior percentagem concordou que estes podem ser tratados em comunidade (de 37.7 para 59%, $p=0.009$). Estes resultados otimistas foram contrariados com a avaliação dos parâmetros seguintes, onde menos estudantes concordaram que as PDM podem recuperar se tratadas em estádios iniciais de doença (de 55.1 para 33.7%, $p=0.008$) e que a DM pode ser prevenida através da consulta médica (de 66.7 para 45.8%, $p=0.01$). Esta visão pessimista da doença acentuou-se quando cerca de metade dos estudantes (45.8%) concordou que, aquando do internamento de uma PDM num hospital psiquiátrico, deveria ser dado o direito ao cônjuge de se divorciar. Para além disso, mais de metade (51.8%) concordou que as PDM não deveriam poder exercer o direito de voto e que ter um familiar diagnosticado com uma DM seria vergonhoso (61.4%). 65% dos estudantes afirmou concordar que uma PDM seria estigmatizada toda a sua vida e mais de dois terços (68.7%) concordou que as PDM são uma preocupação devido ao seu comportamento imprevisível. Provavelmente, este pessimismo em relação à DM reflete uma diminuição da aceitação das PDM e portanto maior estigma, suscitando a necessidade de revisão curricular e clínica.

Atitudes e afastamento social

Aruna et al (2016) (38), no seu estudo realizado na Índia, mostraram resultados preocupantes relativamente a atitudes e afastamento social por parte dos estudantes de medicina. Menos de metade referiu (46,03%) considerar as DM como doenças médicas legítimas e apenas 40,9% referiu que se sentia confortável em falar com uma PDM. Para além disso, mais de metade (56,6%) afirmou objetar a possibilidade de um familiar casar com uma PDM.

Relativamente à evolução ao longo do curso, no 1º ano cerca de 54,62% dos estudantes referiu sentimentos de tristeza e pena em relação às PDM, sendo que mais de metade dos estudantes do último ano (51,36%) referiu sentir que os pacientes deveriam ser tratados. Apenas 6,1% (n=9) dos estudantes do último ano reporta empatia como sendo um sentimento evocado em relação às PDM.

Fazendo uma correlação com os achados neste mesmo artigo nos parâmetros de conhecimento acerca das DM e tratamentos das mesmas, verificamos que uma melhoria nessa aquisição de conhecimento nem sempre traduz uma melhoria de atitudes e diminuição do estigma, revelando a presença do mesmo na própria comunidade médica.

Chiles et al (2016) (56), num estudo realizado no US, onde 289 estudantes dos diferentes anos foram questionados acerca da aceitação social e estigma social em relação às PDM, através do questionários CAMI (Community Attitudes to Mental Illness), os resultados mostraram atitudes positivas em geral, sendo que 87% dos estudantes reportaram atitudes positivas em relação às PDM. No entanto, não se verificou que mais anos de educação médica, e nomeadamente a exposição à área da psiquiatria, pudesse ter um impacto positivo no estigma.

Poreddi et al (2015) (57), num estudo realizado na Índia envolvendo 176 estudantes dos dois primeiros e último ano do curso de medicina, avaliaram as diferenças numa escala de atitudes contendo parâmetros como separatismo, estereótipo, restrição, benevolência, pessimismo e estigmatização. Assim sendo verificaram que as médias dos estudantes no parâmetro da benevolência após a exposição à psiquiatria (último ano) foram mais baixas ($t=2,510$, $p=0.013$) correspondendo a atitudes mais benevolentes em relação às PDM. O mesmo se verificou no parâmetro de estigmatização ($t=2,656$, $p<0.005$). Nenhum dos outros parâmetros sofreu alterações significativas, mostrando assim um efeito positivo, mas limitado da unidade curricular.

Telles-Correia et al (2015) (58), desenvolveram na FMUL, em Portugal, um estudo envolvendo 398 estudantes do primeiro ao quinto ano onde foram avaliadas as atitudes dos

mesmos em relação à DM através do questionário CAMI. Os resultados mostraram uma melhoria das pontuações do 1º para o 3º ano, havendo de seguida um decréscimo e uma ligeira subida no final do 5º, mas nunca voltando a atingir os valores do 3º ano. Este ano coincide nesta faculdade com uma unidade curricular de 'Introdução à Saúde Mental' onde módulos anti-estigma são diretamente debatidos, com efeito notório na melhoria das atitudes dos estudantes. Nos anos seguintes os estudantes são confrontados com uma vertente mais clínica, diretamente em contacto com doentes psiquiátricos, diagnóstico e tratamento das DM através das unidades curriculares de Psiquiatria I e II. Neste contexto apura-se um impacto menos positivo na diminuição do estigma do que a unidade curricular do 3º ano.

Amini et al (2013) (53), no seu estudo realizado no Irão, mostraram em geral atitudes favoráveis por parte dos estudantes em relação à DM, nomeadamente nas categorias de tratamento e perigosidade. No entanto, na categoria de relação social apenas um quarto dos estudantes mostram estar preparado para viver ou trabalhar com uma PDM e apenas um quinto afirmou estar preparado para ser um amigo próximo. Ainda assim, a maioria (73,8%) discordou da afirmação “sentir-me-ia envergonhado se um familiar meu tivesse uma DM”.

Papish et al (2013) (59) num estudo envolvendo 111 estudantes de medicina do 3º ano da Universidade de Calgary, no Canada, mostraram uma melhoria das atitudes dos mesmos em relação à DM após as 4 semanas de rotação na unidade curricular de psiquiatria, objetivado por uma diminuição do score OMS-HC (Opening Minds Scale for Health Care Providers) em 1,6 pontos, correspondendo a uma diminuição do estigma. No entanto, apesar dessa melhoria o estigma manteve-se sempre superior àquele atribuído pelos estudantes à Diabetes Mellitus tipo 2, uma doença física alvo de estigma.

O'Connor et al (2013) (54), no seu estudo realizado na Irlanda cujo objetivo seria comparar as atitudes em relação à DM dos estudantes de medicina em fase pré-clínica e clínica de formação, bem como, avaliar a efetividade de dois módulos de ensino, mostraram através da aplicação do questionário CAMI resultados positivos apenas no parâmetro da benevolência (reflete uma visão empática daqueles que sofrem de DM). Sendo que, estes scores foram mais elevados pré-módulo no terceiro ano ($t=-1,94$, $p=0,06$), enquanto no último ano o seu valor atingiu o máximo no final do módulo ($T=2,05$, $p>0,05$). Mais estudantes do último ano após módulo discordaram das afirmações “uma das muitas razões para a DM é a falta de auto-disciplina e força de vontade” (de 80 para 92%, $p<0.001$) e “há alguma coisa acerca das PDM que as torna fáceis de distinguir de uma pessoa normal” (de 64 para 74%, $p<0.001$). Demonstrando que a esta unidade curricular de psiquiatria de 5º

ano corresponde uma capacidade maior de mudança de atitudes e de diminuição do estigma.

Economou et al (2012) (49), no seu estudo realizado na Grécia, avaliando parâmetros de afastamento social mostrou que este desejo aumentou à medida que aumenta a intimidade das relações. Assim sendo, a grande maioria (94,2%) dos estudantes negou a possibilidade de casar com uma pessoa com esquizofrenia e 78,6% afirmou sentir-se incomodado com a possibilidade de partilhar casa. Em contraste, encontros pontuais com menor nível de intimidade, como sentar-se no autocarro ao lado de uma pessoa com esquizofrenia ou ser vizinho, mostraram resultados mais favoráveis (92,2% e 82,4%, respetivamente.) Apesar da maioria dos estudantes não se referir às pessoas com esquizofrenia como perigosas (apenas 27,1% concordou com a afirmação), mais de metade (61,1%) rejeitou a possibilidade de visitar um cabeleireiro que soubesse sofrer dessa doença, muito possivelmente como consequência do estereótipo de imprevisibilidade bastante presente nesta população. Não se verificaram mudanças significativas pós-modulo revelando a incapacidade da unidade curricular em contrariar este estigma social.

A. Mas e A. Hatim (2002) (51), no seu estudo realizado por Malásia, verificaram um acompanhamento da melhoria dos níveis de conhecimento e das atitudes, sendo o primeiro fator traduzido por maior percentagem de respostas corretas nos estudantes do último ano, facto já descrito anteriormente, e o segundo traduzido por scores medidores de afastamento social e perigosidade menores do primeiro para o último ano (11.75 para 10.54 $p=0.032$ e 35.38 para 31.69 $p<0.05$, respetivamente). Indicando que os estudantes após exposição à unidade curricular de psiquiatria não só melhoram os seus níveis de conhecimento, mas também se tornam mais tolerantes e percebem as PDM como menos perigosas.

Yoshio et al (2000) (44), no seu estudo realizado no Japão, mostraram uma diminuição do afastamento social em relação às PDM ao longo da formação dos estudantes, no entanto, mais uma vez, inversamente proporcional ao grau de intimidade das relações sociais. Ou seja, questões como aceitar uma PDM como membro da comunidade ou colega de trabalho obtiveram uma evolução positiva sendo que para este último com diferença estatística significativa (de 30.4 para 48.2%, $p=0.026$). No entanto, uma maior percentagem de estudantes do último ano concordou com a possibilidade de desencorajar o seu filho a casar com uma PDM, ainda que sem significado estatístico. Para além disso, apenas cerca de 10% dos estudantes do 6º ano mostrou estar disponível para partilhar quarto com uma PDM. Resultados justificados pelos autores pela possibilidade de influência limitada da educação médica na vida profissional e não na vida privada de cada um.

Psiquiatria como escolha e carreira

Aruna et al (2016) (38), no seu estudo realizado na Índia, mostraram haver uma atitude positiva crescente dos estudantes de medicina em relação à própria psiquiatria, entre estes 52,4% consideraram-na como sendo estimulante e 55,4% glamorosa. Apesar destes dados, estas opiniões positivas não se traduziram em maior interesse como carreira profissional, sendo que apenas um quarto dos mesmos mostrou estar disponível para fazer essa escolha.

No estudo realizada na Austrália, Lyons e Janca (2015) (52) verificaram através do questionário Balon, acerca das atitudes em relação à psiquiatria, mudanças positiva após exposição à unidade curricular de psiquiatria. Nomeadamente, parâmetros de atribuição de mérito foram bem cotados, ainda que sem mudanças pós-módulo significativas do ponto de vista estatístico. Apurou-se haver mais estudantes a concordar com a afirmação “a psiquiatria é uma fronteira de rápida expansão da medicina” (87% para 91%) e cerca de 84% discordaram que “a psiquiatria é inespecífica e imprecisa” (*baseline* 81%). As questões relativas à escolha de psiquiatria enquanto carreira médica e recompensa pessoal da profissão não mostraram atitudes tão positivas, sendo que, 47% dos estudantes concordou que a psiquiatria é uma área de baixo prestígio público e um terço afirmou que a sua família e amigos desencorajá-los-ia a escolher a carreira de psiquiatria, comprovando uma imagem social da psiquiatria pouco favorável.

O'Connor et al (2013) (54) no seu estudo realizado na Irlanda, aquando do preenchimento dos questionários CAMI pelos aos estudantes foi ainda requerido que indicassem o seu interesse pela área de psiquiatria como carreira médica. De facto, verificou-se uma correlação entre esse interesse e valores mais elevados no questionário CAMI, indicando atitudes mais positivas em relação às PDM e menos estigma. Aqueles estudantes que já tinha obtido uma graduação previamente, demonstraram menos interesse pela área da psiquiatria ($r=0,175$, $p<0.05$) e também valores mais baixos no CAMI ($r=0.12$, $p=0.07$). Não se verificaram diferenças significativas neste interesse pela área da psiquiatria como carreira profissional comparando as percentagens do terceiro e último ano (32 e 33% respetivamente).

Reddy et al (2005) (55), no seu estudo desenvolvido na Malásia, aquando da exploração das respostas ao questionário ATP (Attitudes Toward Psychiatry) obtiveram resultados positivos, com significado estatístico, em oito dos 30 itens. Após oito semanas de rotação, em que os estudantes foram expostos à vertente clínica da DM, quer em regime de tratamento em ambulatório ou internamento, estes mostraram-se mais propensos a considerar a psiquiatria como carreira (de 9 para 24%, $p<0.001$), a considerá-la como a

parte mais importante do currículo na escola médica (de 48.4 para 63.7%, $p<0.01$) e uma menor percentagem de estudantes concordou que os factos em psiquiatria são na verdade meras especulações (de 20.6 para 14.2%, $p=0.03$). No entanto, noutros itens obtiveram-se resultados contraditórios, nomeadamente no que se refere aos psiquiatras parecerem falar de nada a não ser de sexo (de 1,6 para 4.9%, $p=0.03$) e no que se refere ao interesse na tentativa de descobrir a causa da DM (de 88.5 para 79.4%, $p<0.01$).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados deste estudo devem ser interpretadas à luz das suas limitações. A primeira, o facto de apenas 13 estudos encontrados preencherem os critérios de inclusão propostos, originando uma fonte limitada de informação.

Relativamente a estes artigos incluídos algumas limitações conceptuais que cumpre explicitar. A grande variabilidade de distribuição, quer geográfica quer em termos de ano de publicação dos mesmos, tem o benefício de ser mais representativa da multiculturalidade real, mas subentendem a desvantagem de introduzir viéses que podem influenciar os resultados. Por outro lado, esta multiculturalidade também se estende ao ensino médico, sendo que nem todos os artigos revelam a descrição das unidades curriculares de psiquiatria dificultando a sua comparação.

Relativamente à avaliação quer do estigma em relação à DM quer o estigma em relação à psiquiatria houve uma grande variabilidade dos scores medidores utilizados, onde nem todos vinham descritos, não permitindo essa comparação direta. Por outro lado, relativamente aos próprios scores em alguns artigos os resultados apresentavam-se numa comparação geral enquanto outros discriminavam todos os itens cujos resultados tiverem uma diferença estatisticamente significativa, tornando díspar a capacidade de discussão desses mesmos resultados. Por último, verificou-se que alguns estudos comparam não os níveis de conhecimento ou atitudes antes e após exposição à unidade curricular de psiquiatria mas sim o impacto de todo o percurso académico, havendo um maior número de variáveis subentendidas (maturidade, impacto de outras unidades curriculares, contacto pessoal com PDM ao longo desses anos de formação, ect.) e portanto uma maior limitação em atribuir os resultados apenas a esse fator.

Em termos estruturais, ao decidir a divisão desta revisão relativamente aos resultados em quatro grandes grupos abriu-se a possibilidade de agrupar ideias e conceitos semelhantes ou correlacionados. No entanto, esta divisão não se verificava nos artigos originais, assim como não se verifica na prática clínica real, pelo que algumas falhas podem ser apontadas devido à artificialidade implícita nesta sistematização da informação, nomeadamente dificuldade em alocar informações que conceptualmente podem pertencer a mais do que um desses grupos.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES EM FUTURAS

Numa visão global deste estudo podemos destacar os resultados contraditórios verificados nos diferentes parâmetros medidores de estigma dentro de cada investigação, bem como a grande variabilidade de resultados numa comparação geral.

Relativamente ao parâmetro avaliador do conhecimento dos estudantes em relação à DM podemos afirmar que a psiquiatria tem em geral um impacto positivo na aquisição de novos conhecimentos e na correção de crenças erradamente pré-formadas. No entanto, em conceitos estereotipados como imprevisibilidade e possibilidade das PDM serem vistas a falar sozinhas em sítios públicos, não se verifica essa capacidade de mudança. Ou seja, o aumento de conhecimento nem sempre se faz acompanhar pela melhoria de fatores realmente medidores de estigma e discriminação.

Na categoria onde foram apresentados os resultados acerca das perspetivas de curabilidade e reabilitação das PDM a maioria dos estudos reportou um impacto negativo ou contraditório da exposição à psiquiatria. Uma visão mais pessimista da capacidade de empregabilidade, qualidade de vida e capacidade de gestão e responsabilidade por parte das PDM tornou-se notória. Para além do atrás exposto, os níveis de perigosidade atribuídos aumentaram em geral, havendo estudos onde mais estudantes suscitaram a necessidade de proteção da sociedade em relação às PDM devido à possibilidade de atos violentos e imprevisibilidade. Acresce que mais estudantes passaram a duvidar da capacidade de cura da DM, da reabilitação dos doentes e da sua reinserção na comunidade e sociedade. Esta visão pessimista da DM e da sua progressão foi justificada por muitos autores pelos efeitos do contacto com a verdadeira prática clínica, com PDM reais, em circunstâncias clínicas agudas de exacerbação das patologias de base, situações em que os níveis de estigma têm propensão a aumentar. O período de rotação das unidades curriculares de psiquiatria também não propicia o acompanhamento de todo o processo de reabilitação de uma PDM, nem a sua progressão e reinserção comunitária. Assim sendo, estas justificações tornam-se preocupações reais e alvos efetivos a moldar para uma educação médica adequada à mentalidade que queremos criar nos futuros médicos.

Na categoria de atitudes e afastamento social os resultados não foram muito melhores do que aqueles verificados na categoria anterior. Verificando-se uma capacidade limitada da psiquiatria em moldar atitudes discriminatórias por parte dos estudantes de medicina. Relativamente à distância social, observou-se um desejo crescente de afastamento à medida que aumentava a intimidade das relações. É ainda de realçar que resultados como apenas 6% dos estudantes após exposição à psiquiatria reportarem sentimentos de empatia

em relação às PDM suscitam questões acerca do ambiente académico em que ensino é realizado e acerca da presença deste estigma enraizado na comunidade médica.

As atitudes em relação à psiquiatria corresponderam à última categoria desenvolvida. Neste âmbito, apenas quatro estudos incluíram este tópico, sendo que mais uma vez, após a exposição à unidade curricular, os resultados mostraram-se contraditórios. O facto de o aumento do interesse por esta área não se traduzir em maior possibilidade de escolha como carreira profissional pode ser entendido à luz de um baixo prestígio social em relação à psiquiatria. Seria também interessante em investigações futuras não só questionar os estudantes acerca desse desejo mas acompanhá-los realmente até ao momento em que fazem a escolha da especialidade e comparar esses valores.

Uma outra sugestão para investigações futuras seria medir o impacto destas medidas anti-estigma inseridas no ensino médico na própria comunidade alvo. Ou seja, perante o viés real de que muitas vezes as respostas auto reportadas, mesmo que confidenciais, são as socialmente corretas e não as que correspondem a atitudes e decisões conscientes de ação dos estudantes, existe a necessidade de o contornar com medidas mais objetivas como observação direta de mudança de comportamentos e atitudes e, acima de tudo, envolver as PDM nesta avaliação da mudança. A questão central é que não é uma mais-valia se os scores pós-modulo forem muito melhores se isso não se traduz em atitudes mais tolerantes e menos estigmatizantes na vida real e na prática clínica. É fulcral que essa diferença seja sentida por aqueles que são alvo de estigma.

Por outro lado, as evidências de que o estigma existe na comunidade médica e que motivará a contaminação médico-estudante mostra ser necessário envolver toda a comunidade médica neste esforço de mudança dos serviços de saúde. Não escamoteando a importância de rever os currículos em medicina (número de horas de aulas teóricas, de contacto com o doente, intervenções role-play, etc.) torna-se prioritário que aquando da prática clínica os estudantes não encontrem modelos de instrução estigmatizantes e discriminadores.

Por último, a maior implicação deste estudo é que é premente avaliar, rever, estudar e investigar de forma a ser possível reformular os atuais ou aplicar novos modelos de ensino. O estigma da DM é real, afeta a qualidade de vida das pessoas, a sua capacidade de reabilitação e reinserção na sociedade, como tal, é necessário que os esforços feitos para diminuir este estigma sejam proporcionais aos efeitos devastadores que ele pode ter na vida destas pessoas e assim construirmos no futuro a possibilidade de uma Medicina holística e verdadeiramente humanista.

Referências

1. B. S. Shame, stigma, and mental illness in 1. Ancient Greece In: Fink PJ, Tasman A (eds). Stigma and mental illness. Washington: American Psychiatric Press,. 1999:29-39.
2. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(6):440-52.
3. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2008;7(3):185-8.
4. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2007;190:192-3.
5. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *The American psychologist*. 2004;59(7):614-25.
6. Corrigan PW, WA. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9(1):35–53.
7. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2002;53(10):1272-84.
8. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of health and social behavior*. 2003;44(2):162-79.
9. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2010;19(1):26-32.
10. Hinshaw SP, Stier A. Stigma as related to mental disorders. *Annual review of clinical psychology*. 2008;4:367-93.
11. Evans S, Banerjee S, Leese M, Huxley P. The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2007;16(1):17-29.
12. Akdede BK, AK, Topkaya SO, Belkiz B, Nazli E, Ozsin E, Piri O, Sarac E. The rank of stigma of schizophrenia among young people. *Yeni Symp* 42:113-7.
13. Rabkin J. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia bulletin*. 1974(10):9-33.
14. Patrick W, Corrigan AK, Lissa Knudsen. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*. 2005;11:179-90.

15. Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of health and social behavior*. 1998;39(4):335-47.
16. Crocker J, & Major, B. Social stigma and self-esteem. The self protective properties of stigma. *Psychological Review* 1989;96:608-30.
17. Karp DA. Living with depression: illness and identity turning points. *Qual Health Res*. 1994;4(1):6-30.
18. Cornford CS, Hill A, Reilly J. How patients with depressive symptoms view their condition: a qualitative study. *Family practice*. 2007;24(4):358-64.
19. Boardman F, Griffiths F, Kokanovic R, Potiradis M, Dowrick C, Gunn J. Resilience as a response to the stigma of depression: a mixed methods analysis. *Journal of affective disorders*. 2011;135(1-3):267-76.
20. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1998;173:11-53.
21. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(5):317-33.
22. Commission DR. Equal treatment: closing The gap. A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems. Disability Rights Commission, London. 2006.
23. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(3):169-71.
24. Chang CK, Hayes RD, Perera G, Broadbent MT, Fernandes AC, Lee WE, et al. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PloS one*. 2011;6(5):e19590.
25. Glynn S RM, Avalos G, Mannion L, Carney PA Attitudinal change toward psychiatry during undergraduate medical training in Ireland. *Ir J Psych Med* 2006;23:131-3.
26. WHO G. Investing in Mental Health Magnitude and burden of mental disorders.p. 8.
27. Palpant RG, Steimnitz R, Bornemann TH, Hawkins K. The Carter Center Mental Health Program: addressing the public health crisis in the field of mental health through policy change and stigma reduction. *Preventing chronic disease*. 2006;3(2):A62.
28. Jugul K MR, Parashar M, Jiloha RC, Ingle GK. Beliefs and attitudes towards mental health among medical professionals in Delhi. *Indian J Community Med*. 2007;32:198-200.
29. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*. 2014;15(2):37-70.

30. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Florez J, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2010;9(3):131-44.
31. Kishore J, Gupta A, Jiloha RC, Bantman P. Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India. *Indian journal of psychiatry*. 2011;53(4):324-9.
32. Van Den Tillaart S, Kurtz D, Cash P. Powerlessness, marginalized identity, and silencing of health concerns: voiced realities of women living with a mental health diagnosis. *International journal of mental health nursing*. 2009;18(3):153-63.
33. Nordt C, Rossler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*. 2006;32(4):709-14.
34. Abbey S, Charbonneau M, Tranulis C, Moss P, Baici W, Dabby L, et al. Stigma and discrimination. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2011;56(10):1-9.
35. Nieuwhof MG, Rademakers JJ, Kuyvenhoven MM, Soethout MB, ten Cate TJ. Students' conceptions of the medical profession; an interview study. *Medical teacher*. 2005;27(8):709-14.
36. Altindag A, Yanik M, Ucok A, Alptekin K, Ozkan M. Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2006;60(3):283-8.
37. Malhi GS, Parker GB, Parker K, Carr VJ, Kirkby KC, Yellowlees P, et al. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(6):424-9.
38. Aruna G, Mittal S, Yadiyal MB, Acharya C, Acharya S, Uppulari C. Perception, knowledge, and attitude toward mental disorders and psychiatry among medical undergraduates in Karnataka: A cross-sectional study. *Indian journal of psychiatry*. 2016;58(1):70-6.
39. Korszun A, Dinos S, Ahmed K, Bhui K. Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma? *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2012;36(3):197-204.
40. Creed F, Goldberg D. Students' attitudes towards psychiatry. *Medical education*. 1987;21(3):227-34.
41. Abdullah T, Brown TL. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: an integrative review. *Clinical psychology review*. 2011;31(6):934-48.

42. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(3):163-79.
43. Singh SP, Baxter H, Standen P, Duggan C. Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Medical education*. 1998;32(2):115-20.
44. Mino Y, Yasuda N, Kanazawa S, Inoue S. Effects of medical education on attitudes towards mental illness among medical students: a five-year follow-up study. *Acta medica Okayama*. 2000;54(3):127-32.
45. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2005;17(2):123-31.
46. Yadav T, Arya K, Kataria D, Balhara YP. Impact of psychiatric education and training on attitude of medical students towards mentally ill: A comparative analysis. *Industrial psychiatry journal*. 2012;21(1):22-31.
47. Mukherjee R KJ, Jiloha RC. Attitude towards psychiatry and psychiatric illness among medical professionals. *Delhi Psychiatry Bull*. 2006;9:34–8.
48. Trivedi JK, Dhyani M. Undergraduate psychiatric education in South Asian countries. *Indian journal of psychiatry*. 2007;49(3):163-5.
49. Economou M, Peppou LE, Louki E, Stefanis CN. Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2012;66(1):17-25.
50. Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(1):63-7.
51. Mas A, Hatim A. Stigma in mental illness: attitudes of medical students towards mental illness. *The Medical journal of Malaysia*. 2002;57(4):433-44.
52. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC medical education*. 2015;15:34.
53. Amini H, Majdzadeh R, Eftekhar-Ardebili H, Shabani A, Davari-Ashtiani R. How Mental Illness is Perceived by Iranian Medical Students: A Preliminary Study. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*. 2013;9:62-8.
54. K OC, Brennan D, K OL, Wilson L, Pillay D, Clarke M, et al. Attitudes towards patients with mental illness in Irish medical students. *Irish journal of medical science*. 2013;182(4):679-85.
55. Reddy JP, Tan SM, Azmi MT, Shaharom MH, Rosdinom R, Maniam T, et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards

psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2005;34(8):505-10.

56. Chiles C, Stefanovics E, Rosenheck R. Attitudes of Students at a US Medical School Toward Mental Illness and Its Causes. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2016.

57. Poreddi V, Thimmaiah R, Math SB. Attitudes toward people with mental illness among medical students. *Journal of neurosciences in rural practice*. 2015;6(3):349-54.

58. Telles-Correia D, Gama Marques J, Gramaca J, Sampaio D. Stigma and Attitudes towards Psychiatric Patients in Portuguese Medical Students. *Acta medica portuguesa*. 2015;28(6):715-9.

59. Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC medical education*. 2013;13:141.